

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES: FAVORECIENDO LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LOS PLANES INTEGRALES PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA

Encarnación Pedrero García y Juan José Leiva Olivencia

Universidad Pablo de Olavide de Sevilla y Universidad de Málaga

En este trabajo se ofrece un análisis sobre la situación en España de las diferentes desigualdades existentes a nivel social y económico en la población inmigrante y más específicamente en el ámbito de la salud y la calidad de vida.

Nos centramos en primer lugar, en el fenómeno de la inmigración y su relación con el constructo salud, para profundizar posteriormente en algunos de los estudios e investigaciones llevados a cabo en el ámbito de las desigualdades sociales desde diferentes organismos como el Ministerio de Sanidad o la Sociedad Española de Salud Pública.

Posteriormente, exponemos de forma más concreta, el caso de la Comunidad Autónoma Andaluza y su atención a los inmigrantes a través de los tres Planes Integrales para la Inmigración (PIPIA) que se vienen desarrollando desde el año 2001 hasta la actualidad.

Como veremos, aunque nuestro país posee una legislación bastante avanzada en protección de salud y asistencia sanitaria para la población inmigrante, en la realidad observamos que la accesibilidad al sistema sanitario, está dificultada para los extranjeros y no se realiza en términos de igualdad respecto a la población española. Por ello, entendemos que la salud en la inmigración debe ser considerada como una de las maneras de promover la participación ciudadana y la inclusión de los inmigrantes en nuestro país.

Además, el cuidado de la salud puede entenderse, como una vía de entrada hacia otros recursos que faciliten la integración. Por lo que, dentro de los planes existentes, analizaremos en profundidad, el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2006-2009), explicando los diferentes capítulos, y objetivos, así como las once áreas que lo componen (socioeducativa; sociosanitaria; sociolaboral; inclusión y bienestar social; equipamientos, alojamiento y vivienda; cultura, ocio y participación; atención jurídica; formación; investigación; sensibilización social, y cooperación al desarrollo), para terminar concentrándonos en el ámbito sociosanitario y exponiendo los retos concretos que se pretenden alcanzar.

1. INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XX hemos vivido grandes movimientos migratorios y sabemos que la mayoría de los países de la Unión Europea se están enfrentando al desafío de tratar con el aumento del número de inmigrantes, que suelen estar en una situación de vulnerabilidad social y que, por ello, necesitan que sus derechos fundamentales, sobre todo necesidades humanitarias básicas como la salud, sean garantizados por los estados europeos.

En nuestro país, los inmigrantes constituyen aproximadamente el 11,3% de ciudadanos extranjeros censados, según los datos provisionales del Padrón a 1 de enero de 2008. Esto conlleva una serie de cambios sociales y económicos que el país debe afrontar. Esta nueva situación sociodemográfica del Estado español requiere mejorar el conocimiento entre otros, de su estado de salud y determinar las prioridades preventivas y asistenciales.

Cuando los inmigrantes acceden a un país con mayor nivel de desarrollo comienzan a interactuar en ellos los factores nuevos propios de las sociedades ricas (dieta, sedentarismo, etc.) junto con otros no comunes a la población general sino más bien sujetos a las circunstancias de precariedad que afectan con especial intensidad a este colectivo (trabajo arriesgado, hacinamiento, prostitución, exclusión social, etc.). Esto implica que el salto migratorio no suele repercutir, con esencial nitidez, en las mejoras del nivel de salud de los inmigrantes ni de una manera clara en sus expectativas de supervivencia (Estébanez, 2006). Desde luego, muy difícilmente serán asimilados al nivel de salud medio de la población autóctona, y persistirán las desigualdades de salud que ya tenían asumidas en sus países de origen con respecto a la población del mundo próspero. Podemos afirmar que, por lo general, son las segundas generaciones, es decir los hijos de los que inmigraron, quienes con mayor claridad disfrutarán de los beneficios del desarrollo en materia de salud, siempre que los procesos que se derivan de la integración social, como la escolarización, se hayan producido adecuadamente.

Los sistemas sanitario y educativo deben ser flexibles y discriminar positivamente a aquéllos que más los necesitan. Deben ofrecer más, y más adecuadamente en sus características particulares a aquéllos grupos de la población que más necesidades de educación y salud tengan.

Ya que la inmigración es un fenómeno actual aunque no reciente y, aún, necesario para las sociedades acomodadas, es conveniente realizar todos los esfuerzos posibles, tanto desde el punto de vista político como social, para garantizar que los derechos de los inmigrantes sean respetados y su integración se haga efectiva en plena armonía cultural, educativa y sanitaria. Es sin duda para nosotros, una condición que trasciende la ética y entra de lleno en la búsqueda necesaria de la justicia social.

2. LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA EN ESPAÑA

Las desigualdades en salud suele tener su origen asentado en otro tipo de desigualdades como pueden ser: políticas, económicas y sociales existentes en nuestra sociedad. Hacen referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos, entre ellos los inmigrantes, presentan peor salud que el resto. Por lo tanto, el concepto de las desigualdades en salud tiene también una dimensión moral y ética. Hacen referencia a diferencias en salud que son innecesarias y evitables y que, además, son injustas e intolerables. Alcanzar la equidad en salud comportaría que idealmente todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible tanto de su salud como de su calidad de vida.

En la mayoría de países del mundo, incluyendo el Estado Español, se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud siendo la población menos favorecida la que presenta peor salud, como los muestran los estudios de Borrell (1999) y Benach et al. (2004). Las desigualdades en salud son enormes, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas (Benach, 1997). Debemos ser consciente que estas desigualdades no son inamovibles y que diferentes estudios e investigaciones señalan como las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

En España el estudio de las desigualdades socioeconómicas en la salud, ha aumentado notablemente en las últimas dos décadas. Regidor et al. publicaron, en el año 1994, el libro *"Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX"*. En él se muestra un resumen de la situación sanitaria de los diferentes grupos socioeconómicos en España en los años 80. Se analizaron las diferencias y desigualdades en la mortalidad, la esperanza de vida, la esperanza de vida libre de incapacidad, el estado de salud percibido, la altura y el peso al nacer. También se centró en las diferencias y desigualdades en los problemas de salud prioritarios (enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, cáncer de pulmón, accidentes de tráfico, SIDA, consumo de tabaco y de alcohol y obesidad).

Posteriormente, el Ministerio de Sanidad y The School of Hygiene and Public Health de la Johns Hopkins University (EE.UU.) editaron un libro en 1996, realizado por un grupo de expertos, sobre las desigualdades sociales en salud en el Estado Español, que complementa la información empírica existente hasta el momento. Se analizaban las desigualdades según clase social ocupacional, edad, sexo y Comunidad Autónoma con los datos de las dos Encuestas Nacionales de Salud (1987 y 1993); y también se describió la evolución de las desigualdades en lo referente al estado de salud, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de servicios sanitarios.

En la última década, diversos artículos científicos han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y las tendencias a lo largo de los años. Además recientemente, se han publicado informes específicos sobre el tema. Así por ejemplo los años 2003 y 2005 se publicaron dos informes sobre las desigualdades en salud en Cataluña (Borrell y Benach, 2003, 2005), primera Comunidad Autónoma del Estado Español que lo hace.

El Informe de la Sociedad Española de Salud Pública de 2004 (Borrell, García-Calvante, Martí-Bosca, 2004) analizó en profundidad las desigualdades sociales en salud desde la perspectiva de género y clase social. Estos informes analizan las desigualdades en la salud percibida, en las conductas relacionadas con la salud y en la utilización de servicios sanitarios utilizando los datos de las encuestas de salud.

Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) están diseñadas con el fin de obtener información sobre la salud de la población, especialmente sobre salud percibida, utilización de recursos sanitarios, estilos de vida, actividades preventivas y envejecimiento. Por ello son una fuente de información importante para estudiar las desigualdades en salud. En el Estado Español se han realizado, hasta el momento, siete ENS. El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) llevó a cabo las primeras ediciones (1987, 1993, 1995, 1997 y 2001), mientras que el Instituto Nacional de Estadística (INE) se ha encargado de las ENS 2003 y 2006. Este trabajo, se basa

en el análisis de las encuestas de salud para poder profundizar en el conocimiento de las desigualdades en salud en las Comunidades Autónomas. La existencia de distintas encuestas permite monitorizar tanto las variables de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios a lo largo del tiempo como las desigualdades en las mismas.

3. INMIGRACIÓN, DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD

La inmigración que nos ocupa y preocupa es aquella que surge como consecuencia de la realidad económica y social de muchos hombres, mujeres, niños, niñas, jóvenes y mayores que llegan a nuestro país y, especialmente, en nuestra Comunidad Autónoma, procedentes de países en desarrollo, tras idealizar un modo de vida que supere la pobreza aunque sea a costa de un desarraigo familiar y social que tiene, en ocasiones, repercusiones negativas desde el punto de vista emocional (depresión, ansiedad, baja autoestima...)

Tenemos que tener en cuenta que el proceso de emigrar no es fácil, supone un momento difícil y trascendental en los proyectos vitales de muchas personas que, en muchos casos, produce graves consecuencias para sus vidas desde el punto de vista de su salud en un sentido amplio y para sus proyectos vitales más específicamente. Es por ello que estamos ante una población inmigrada en Andalucía potencialmente vulnerable en su adaptación al medio y en riesgo de contraer enfermedades transmisibles, laborales, mentales... Es necesario, por tanto, conocer los problemas más relevantes que se encuentra la persona inmigrante y su familia y que exige medidas de cuidados de salud y de la situación real o potencial de vulnerabilidad y/o «exclusión social» en que se encuentran.

Entre los aspectos más relevantes, destacan Muriel y García (2007:15), en la población inmigrante y sus familias:

1. La situación de irregularidad y temor a la repatriación que hace que muchas personas no quieran acudir a los servicios de salud, salvo situaciones graves de enfermedad.
2. Los bajos ingresos económicos.
3. El desconocimiento de los derechos básicos en la primera etapa de su incorporación al país de acogida y la desorientación en su ejercicio, específicamente y con especiales consecuencias en el área de la salud.
4. La vida itinerante que les hace adoptar un esquema de utilización de servicios *ad hoc* generalmente fragmentado, no permitiendo la deseada continuidad de asistencia.
5. Las barreras idiomáticas y las diferencias culturales que producen distancia entre los profesionales y los servicios de salud y las personas inmigradas.
6. La falta de una visión y atención integral a la familia inmigrada.

Nuestro país posee una legislación bastante avanzada, en protección de salud y asistencia sanitaria para la población inmigrante. La Ley de Extranjería reconoce que "los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón municipal en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles", y que "los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas". Significa esto que, independientemente de su situación administrativa (regular o irregular) los inmigrantes tienen derecho a la misma asistencia sanitaria y a las mismas prestaciones que los españoles en el Sistema Público de Salud. Este logro social fue fruto, entre otros, del trabajo de sensibilización que durante años ejercieron ONG's y otros movimientos sociales.

En la realidad observamos que, a pesar de esto, la accesibilidad al sistema sanitario, está dificultada para los extranjeros y no se realiza en términos de igualdad respecto a la población española. En ocasiones los límites al acceso los marca el propio inmigrante que, considerando su situación de irregularidad administrativa, prefiere obviar los trámites de identificación que exige la legislación para de esta manera eludir un eventual expediente de expulsión y repatriación, al que está expuesto por su propia condición de indocumentado. Esto le aleja del sistema sanitario, le excluye, de nuevo, de los cuidados básicos de su salud, y le priva de los beneficios que la propia legislación española le garantiza.

Existen otras trabas al acceso que dependen del propio inmigrante y sus circunstancias. Los procesos de reconocimiento de la propia condición de enfermo y de la búsqueda de atención se encuentran muy influidos por cuestiones culturales y creencias religiosas (Estebáñez, 2004). Algunas religiones que defienden la preeminencia del varón en la relación de roles sociales y familiares limita sobremanera la decisión autónoma de la mujer en la búsqueda de atención. La propia pobreza se caracteriza por un importante desconocimiento de principios y prácticas preventivas para la salud y frena la búsqueda de la atención. Los límites que implica la lengua para una gran parte de la población no hispana, tanto para el acceso como para cada paso del proceso de atención, merece una consideración realista. Hay que considerar, también, que muchos inmigrantes no han tenido anteriormente contacto alguno con un sistema de salud estructurado y desconocen los derechos y deberes elementales del usuario en nuestro sistema. Todas estas cuestiones suponen barreras reales en la atención a este colectivo que, consideradas desde el punto de vista de la flexibilidad que exige la equidad en

la atención, merecen un esfuerzo adicional del sistema sanitario y de los profesionales de la salud para verlas.

Por consiguiente, la salud en la inmigración debe ser considerada como una de las maneras de promover la participación ciudadana y la inclusión de los extranjeros en los países de acogida. Además, la necesidad de establecer o mejorar la relación intercultural, entre las culturas del país origen y del país receptor, es esencial para promover la implicación activa en la atención sanitaria y la promoción de la salud, tanto en el nivel individual como comunitario. De hecho, el conocimiento del idioma y la mediación intercultural también son importantes para prevenir la desconfianza hacia las autoridades, particularmente en el caso de las personas que han sufrido torturas en sus países.

El cuidado de la salud puede entenderse, además, como una vía de entrada hacia otros recursos de integración. Y es que, ciertos extranjeros (particularmente las mujeres) pueden capacitarse como promotores comunitarios en la prevención y el cuidado de la salud, dentro de sus grupos étnicos o nacionales. Por otra parte, a través de los encuentros con los agentes sanitarios, los inmigrantes y refugiados pueden conocer otros recursos necesarios para la buena salud y la integración (servicios sociales, oportunidades de empleo y educativas, asesoramiento jurídico, etc.).

Todo ello sin olvidar que, en el caso español, diversos estudios han destacado la prioridad de algunos aspectos en lo relacionado con la salud de las poblaciones inmigrantes (Estebáñez, 2006):

- En primer lugar, un aspecto muy importante se refiere a la salud mental de los inmigrantes. La hipótesis más razonable es que las difíciles condiciones sociales, unidas estrechamente a los aspectos vinculados a la inmigración por causas económicas, pueden dar lugar a duelos complicados que influyen negativamente en la salud mental de estas poblaciones. Algunas revisiones recientes concluyen que la inmigración no produciría por sí misma un incremento del riesgo de presentar enfermedades mentales, sino que éstas se vincularían sobre todo a experiencias de adaptación durante el proceso migratorio. En un estudio realizado en Barcelona sobre población marginal en el año 1997 que incluía inmigrantes económicos, se detectó que el 48% de los hombres inmigrantes y el 65,7% de las mujeres declaraban un estado de salud regular, malo o muy malo, cifras superiores a las obtenidas en población general en el mismo territorio. Además, un 52% de los inmigrantes declaraba una elevada utilización de los servicios de salud (visita al médico en el último mes) y un elevado número de trastornos crónicos, entre ellos depresiones, declaradas en un 58% de los casos.
- En segundo lugar, hoy que considerar muy especialmente las necesidades de salud materno-infantil, dado el incremento de natalidad de las madres de origen extranjero, el aumento de embarazos adolescentes en jóvenes inmigrantes, y la progresiva feminización del fenómeno migratorio. El Programa de Atención a la Maternidad a Riesgo, dirigido por la Asociación Salud y Familia, constató que en Cataluña, de las 2.578 mujeres atendidas en el subprograma de financiamiento de la interrupción voluntaria del embarazo durante el año 2000, el 40% eran extranjeras. En 1992 esta cifra era del 17% (sobre un total de 718 mujeres). Por otro lado, un estudio más reciente realizado en la Comunidad de Madrid concluye que la tasa de interrupción del embarazo en las mujeres inmigrantes es, con 34 por 1.000, cinco veces superior a la de las españolas. Dificultades materiales y de acceso a los servicios de planificación familiar y connotaciones socioculturales estarían también en el trasfondo de la cuestión.

En resumen, el perfeccionamiento de la asistencia sanitaria a los colectivos inmigrantes no sólo es una obligación legal y moral del Estado con todos sus ciudadanos (documentados o no), también se trata, en este caso, del pago de una cuenta pendiente de los países del Primer Mundo con la terrible situación en que viven millones de personas en el llamado Tercer Mundo. Con esas personas de distintas razas, edades, nacionalidades y culturas que se ven obligadas a abandonar sus hogares, muchas veces poniendo en riesgo su vida, sólo por conseguir algo tan asequible para nosotros como la escolarización gratuita, un tratamiento médico o, simplemente, alguien con los recursos y los conocimientos suficientes para poder ayudar.

4. EL CASO ANDALUZ: LOS PLANES INTEGRALES PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA

En el año 2001 se puso en marcha el I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. Este primer plan pretendía consolidar el fenómeno de la inmigración como un dato estructural de la realidad andaluza. Tanto la comunidad andaluza, como la sociedad española en su conjunto reconocen en la inmigración un elemento esencial de su futuro, un dato de la realidad de las próximas décadas. Como llegemos a ser en un futuro dependerá en gran medida de cómo se aborde y se trabaje hoy respecto a la inmigración. La experiencia de estos años sin duda y la propia demanda social nos proponen continuamente nuevos retos.

Por ello, en el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2006-2009) tiene en cuenta la evaluación del primero, y profundiza en sus objetivos y contenidos para dar una respuesta más cualificada a la complejidad del hecho migratorio. Si un rasgo marca la diferencia entre este Plan y el anterior, sin duda es su mayor impli-

cación territorial; planificar las actuaciones en el ámbito provincial, dotar de más recursos a los propios Ayuntamientos, adecuar las medidas a las circunstancias concretas de cada territorio son criterios que orientan este II Plan, y que, significarán una mayor eficacia y eficiencia en su gestión y en sus resultados.

La política de inmigración de la administración pública andaluza indaga en la construcción de un escenario social cohesionado, plural y diverso, en el marco de una sociedad intercultural, articulada en torno al respeto a los derechos humanos y al cumplimiento de los deberes de ciudadanía, tal y como se recoge en el nuevo Estatuto de Autonomía, una sociedad en la que la población inmigrante y la población de acogida convivan, interactúen y construyan conjuntamente un futuro de mayor y mejor para todas y todos.

4.1 Plan Integral para la inmigración en Andalucía

La situación del fenómeno migratorio en Andalucía ha experimentado un cambio relevante desde la entrada en vigor del I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2001-2004). Teniendo en cuenta esta realidad se elaboró el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2006-2009), que tiene como objetivos favorecer la integración social, laboral y personal de los inmigrantes, como sujetos de derechos y deberes en el seno de la sociedad andaluza, así como asegurar el acceso de este colectivo, en condiciones de igualdad, a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica.

Este II Plan Integral para Andalucía, coordinado por la Consejería de Gobernación y con participación en su desarrollo de todos los departamentos del Gobierno andaluz, fue aprobado por el Consejo de Gobierno el 9 de mayo de 2006 y destinará un total de 1.177 millones de euros a medidas para la plena integración de este colectivo en la sociedad andaluza.

La estructura del II Plan se organiza en VIII capítulos, así como en diversos anexos y adendas:

- *Capítulo I:* Introducción.
- *Capítulo II:* está dedicado al análisis de la realidad, con los datos descriptivos del fenómeno migratorio en Andalucía. Presenta información recogida, entre otras, de fuentes como el Instituto Nacional de Estadística, el Padrón de Habitantes, diversos informes de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y de Inmigración y Emigración, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, del Ministerio del Interior, así como de las Consejerías de Educación y de Salud de la Junta de Andalucía. Este capítulo muestra, en su conjunto, el aumento de la población inmigrante, su estructura demográfica, su procedencia geográfica y nacional, su distribución territorial, su incidencia en los sectores productivos y en general todos aquellos datos que permiten conocer mejor de forma cuantitativa y cualitativa las características de la población inmigrante.
- *Capítulo III:* se dedica al marco jurídico y competencial. Los referentes internacionales más generales que enmarcan la legislación son: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) y el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1950). Se analiza en este capítulo la normativa producida en el ámbito estatal y regional, desde la Constitución Española, el Estatuto de Autonomía de Andalucía, las sucesivas Leyes de Extranjería y su desarrollo reglamentario, los acuerdos internacionales relevantes.
- *Capítulo IV:* se centra en los espacios de coordinación. Se definen instrumentos para el consenso, seguimiento e impulso de las propuestas entre las distintas instituciones y otros agentes sociales y económicos. Algunos de estos ámbitos de trabajo conjunto en Andalucía se encuentran bastante desarrollados. Tales son los casos de la Comisión Interdepartamental o el Foro Andaluz de la Inmigración, así como la Comisión de Inmigración que en el seno del Consejo Andaluz de Relaciones Laborales, se constituye en virtud del VI Acuerdo de Concertación Social de Andalucía.
- *Capítulo V:* En este capítulo se tratan los principales retos, se definen once principios que representan la posición política del Gobierno de la Junta de Andalucía y con los que se diseñan los objetivos perseguidos y las formas de intentar conseguirlos.
- *Capítulo VI:* presenta los objetivos generales utilizados para asegurar la concordancia entre los objetivos específicos planteados en cada una de las Áreas de actuación; es decir, para proporcionar sentido y relación a las actuaciones propuestas. Así, en cada área se plantean objetivos específicos que estarán necesariamente vinculados a los objetivos generales.
- *Capítulo VII:* se presentan las once Áreas de Intervención, a través de las cuales se concretan los objetivos generales, así como los objetivos específicos y las medidas. Igualmente, cada una de estas áreas se ha diseñado teniendo en cuenta una serie de estrategias y ejes transversales. Las áreas aparecen en el mismo orden del Plan precedente indicando las prioridades políticas en las que es necesario seguir actuando. Cada área cuenta con una estructura común, comenzando con una introducción y continuando con una relación de objetivos específicos a conseguir en el período de puesta en marcha de este II Plan. Cada objeti-

vo específico cuenta al menos, con un centro directivo perteneciente a la Junta de Andalucía como responsable de su ejecución. A su vez, estos objetivos específicos se asocian a objetivos generales y se describen en el ámbito de medidas concretas, personas destinatarias, recursos, calendario de ejecución, organismos responsables, gestores y ámbito de actuación. Hay que destacar que cada medida intenta, en grado variable, incorporar una valoración sobre cómo afecta de manera diferente a mujeres y a hombres y al sector de la juventud. Para la efectiva valoración de los resultados de las acciones emprendidas, se cuenta con un sistema de indicadores en el ámbito de objetivos generales, específicos y medidas, de carácter cualitativo y cuantitativo. Los criterios para la creación de estos indicadores han sido, básicamente, la disponibilidad de la información y la incorporación de los ejes transversales de género y juventud en cada uno de ellos.

- *Capítulo VIII:* explica el modelo de seguimiento y evaluación basado en el diseño de un sistema de información con indicadores definidos con criterios de calidad y que contará con valoraciones de las actitudes ante la inmigración y sobre la satisfacción de la ciudadanía con las acciones realizadas. Se concretará en el Sistema de Información Digital de la Inmigración en Andalucía (SIDIA) al cual se unirá las posibilidades de análisis estadísticos de otro instrumento, el Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM). El objetivo de utilizar estos mecanismos es conocer cómo se está produciendo la incorporación y normalización de la población inmigrante en la sociedad andaluza y proporcionar las claves necesarias para mejorar este proceso.

La política de inmigración en Andalucía apuesta por un modelo de integración que tiene unos rasgos generales en su desarrollo e implantación. Más allá de los distintos objetivos específicos o medidas que se vayan a poner en marcha, existen unos objetivos generales que marcan las estrategias a largo plazo en un nivel macro. La condición de estos objetivos generales, su enfoque y el tiempo necesario para alcanzar sus resultados, determinan la efectividad, la eficiencia, el alcance, e incluso la legitimación social del mismo.

Los Objetivos Generales del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009 son:

- Promover las condiciones económicas, sociales y culturales que fomenten las políticas de acogida de la población que llega por primera vez a Andalucía, apoyando estrategias que permitan un modelo de inclusión autónomo para los nuevos andaluces.
- Favorecer la plena integración social, laboral y personal de la población inmigrante, como sujeto de derechos y deberes, en el seno de la sociedad andaluza.
- Asegurar el acceso, en condiciones de igualdad y equidad, de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.
- Fomentar la coordinación, la cooperación y el seguimiento de las actuaciones de los poderes públicos y los agentes sociales y económicos implicados, para poner en valor los recursos disponibles y permitir menores tiempos de respuesta ante los cambios.
- Mejorar permanentemente el conocimiento de la realidad, las estrategias más adecuadas de cambio, así como el análisis de los logros conseguidos, manteniendo de forma sostenida la actividad investigadora sobre el fenómeno de la inmigración en Andalucía.
- Diseñar y promover programas de formación para todas las personas que realicen actividades, en el ámbito privado o público, permitiendo una adecuación constante a la aplicación de conocimientos.
- Fomentar la sensibilización social acerca de los valores positivos del hecho de la inmigración, rechazando toda forma de racismo y xenofobia, y cualquier clase de discriminación que se produzca.
- Contribuir a mejorar las condiciones de vida, las infraestructuras, así como la calidad de la participación de las personas en los países de origen de las personas que emigran, mediante una política integrada de cooperación al desarrollo de la Junta de Andalucía, que incida sobre las causas del hecho, así como en la percepción que se tiene de nuestro sistema de bienestar en esos países.

Las medidas previstas se agrupan en once áreas de intervención. Las áreas en las que se articula el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009 son: socioeducativa; sociosanitaria; sociolaboral; inclusión y bienestar social; equipamientos, alojamiento y vivienda; cultura, ocio y participación; atención jurídica; formación; investigación; sensibilización social, y cooperación al desarrollo. A continuación desarrollamos cada una de ellas.

- **ÁREA SOCIOEDUCATIVA:** Donde se desarrollan aquellas actuaciones que buscan la integración de las personas de origen extranjero en el marco de la política educativa de la Junta de Andalucía, incluyendo las

que fomentan una participación más alta por parte del alumnado y sus familias, prestando especial atención a los posibles problemas de identidad cultural de los menores inmigrantes. Dentro de esta área se incluirán las medidas destinadas a la Educación Permanente de Adultos Extranjeros, ya que son actuaciones educativas.

- **ÁREA SOCIOLABORAL:** En la que se plasmarán las actuaciones tendentes a mejorar la formación para el empleo, la orientación laboral, la incorporación al mercado de trabajo o el fomento del autoempleo, entre otras acciones, bajo la premisa de igualdad de oportunidades. Asimismo, se tendrán en cuenta aquellas actuaciones que mejoren las condiciones laborales, en materia de seguridad y prevención de riesgos laborales.
- **ÁREA SOCIOSANITARIA:** Donde la atención se realizará a toda la población inmigrante, independientemente de su situación administrativa, especialmente en los dispositivos de atención primaria y de atención especializada. Estas actuaciones se realizan en el marco del III Plan Andaluz de Salud. En esta área se contemplarán las acciones que se realizan en materia de atención a drogodependencias y adicciones y salud mental.
- **ÁREA DE INCLUSIÓN Y BIENESTAR SOCIAL:** Permitiendo el acceso de la población inmigrante a aquellos servicios y recursos que la Ley de Servicios Sociales, el Plan Andaluz para la Inclusión Social 2003-2006 y el Plan de Apoyo a las Familias ponen de relieve para los próximos años, con especial compromiso en los servicios sociales comunitarios, y con programas específicos para menores, jóvenes y mujeres inmigrantes.
- **ÁREA DE EQUIPAMIENTOS, ALOJAMIENTO Y VIVIENDA:** La realidad del acceso a la vivienda, ya sea mediante el alquiler o la compra, es especialmente difícil para las personas de origen extranjero. La colaboración de los promotores públicos y privados, así como la creación de figuras de intermediación efectiva para el alojamiento en régimen de alquiler para temporeros, permitirán incrementar las posibilidades de acceso a estas personas.
- **ÁREA DE CULTURA, OCIO Y PARTICIPACIÓN:** Promoviendo y favoreciendo el intercambio de culturas en todas sus manifestaciones, conformando, así, una sociedad abierta, rica y plural. El ocio como instrumento de integración debe ser fundamental en la creación de una sociedad intercultural, el deporte es, por tanto, esencial en este proceso. Asimismo, la participación de la población extranjera en los distintos ámbitos de la sociedad se promoverá en aras de una mayor integración, estableciendo espacios de comunicación que implican a todos los integrantes.
- **ÁREA DE ATENCIÓN JURÍDICA:** Desde donde se promoverá la asistencia jurídica para aquellas personas que atendiendo a su situación administrativa lo necesiten, así como para todas aquellas que lo soliciten en atención a su necesidad.
- **ÁREA DE FORMACIÓN:** Orientada a garantizar la especialización y cualificación de los recursos humanos profesionales, así como la calidad de las actuaciones que se realicen en esta área. La formación es fundamental para que la integración empiece desde el instante en el que los profesionales comienzan a realizar sus actuaciones.
- **ÁREA DE INVESTIGACIÓN:** El estudio de la realidad migratoria permitirá que las políticas públicas cuenten con elementos objetivos y científicos a la hora de la toma de decisiones. Asimismo, el hecho migratorio debe ser contemplado en el Plan de Investigación de la Junta de Andalucía.
- **ÁREA DE SENSIBILIZACIÓN SOCIAL:** Su objetivo principal es ofrecer información veraz que permita una comprensión del fenómeno migratorio por parte de todos los ciudadanos y ciudadanas, así como de los profesionales de la materia. El fomento de los valores solidarios y de aquellos que promueven la diversidad como factor de cohesión social será tenido en cuenta.
- **ÁREA DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO:** La mejora de las condiciones de vida en los países de origen se realizará desde una perspectiva integral, que promoverá aspectos educativos, sanitarios, de formación, sensibilización, infraestructuras... Todas las actuaciones de la Junta de Andalucía en esta materia tendrán cabida en esta área.

Si nos centramos en el área sociosanitaria, como hemos venido haciendo a lo largo del artículo, encontramos que los nuevos retos en el que se tiene que articular el área socio-sanitaria en el II Plan son los siguientes: la familia como centro de intervención, la adaptación de programa de salud materno-infantil para estas poblaciones, ya que tiene un porcentaje cada vez más significativo responsable del incremento de la fecundidad. Igualmente incorpora la importancia estratégica de la mujer y los jóvenes y aborda el problema de la prostitución y la salud mental.

Con este II Plan para la Inmigración en Andalucía en el área socio-sanitaria, se pretende conseguir:

- Pasar de la asistencia a la atención, incorporando los programas de prevención y promoción de la salud.
- Sin dejar de centrarse en la integración, se hace necesario establecer relaciones de interculturalidad basada en la especificidad de cada cultura.
- Capacitar a los profesionales de la salud para una mejor atención al emigrado y sus familias.
- Una formación e investigación compartida, interdisciplinar e intersectorial a los profesionales de atención primaria y especializada.
- Pasar de una mediación basada inicialmente en el acompañamiento y la comunicación a una mediación sustancial orientada a la mediación cualitativa.
- Dejar de *trabajar para* la población inmigrante y pasar a *trabajar con* ella en un marco de colaboración mutua y de esfuerzo bidireccional en relación a la cultura acogedora.
- Centrar el Plan en una estructura más provincial (provincialización) y participada.

5. CONCLUSIONES FINALES

En definitiva lo que este II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía en su área sociosanitaria pretende es lo siguiente:

- Facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante.
- Mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud de la población inmigrante y sus familias.
- Incorporar la perspectiva de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil.
- Ampliar el Plan de Atención a Cuidadores y Cuidadoras adaptándolo a los problemas de salud de las familias inmigrantes.
- Adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo.
- Atender las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución.

El reto está servido, hace falta una gran dosis de profesionalidad y generosidad, así como orientar las actuaciones de las administraciones para responder responsablemente a un colectivo que vive situaciones de alta vulnerabilidad y que una sociedad democrática y en progreso ha de tener en cuenta para reducir en lo posible estos riesgos. La integración social plena de las personas y colectivos inmigrantes es un factor de cohesión donde confluyen los valores de solidaridad, bienestar y calidad de vida.

Es, por todo ello, que así se estructura el II Plan con el objetivo de dar un salto cualitativo en la Comunidad Autónoma para acoger en las mejores condiciones al mundo de la inmigración en todos los ámbitos y en el de la salud específicamente. Cuando finalice el año y se realice la evaluación del Plan veremos si los objetivos se han cumplido. Esperemos que así sea, y que la sociedad andaluza siga construyendo calidad de vida, no solamente en el plano de la política y el discurso sociopolítico, sino también en la realidad cotidiana de las personas más desfavorecidas y con más necesidades de atención sociosanitaria como es el caso de la población inmigrante.

BIBLIOGRAFÍA

- Benach, J. (1997). La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit*, 11, 255-257.
- Benach, J. et al. (2004). Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En V. Navarro. (Ed.). *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos.
- Borrell C. y Pasarín, M. (1999). The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *Epidem Community Health*, 53, 388-389.
- Borrell, C. y Benach, J. (Coords.) (2005). *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- Borrell, C. y Benach, J. (Coords.). (2003). *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- Borrell, C., García-Calvente, M.M. y Martí-Boscà, J. V., (Eds.). (2004). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*, 18 (Suppl 1).
- Estébanez, P. (2004). Diez años de movimientos sociales. *Temas para el debate*, 121, 59-62.
- Estébanez, P. (2006). El Estado del bienestar ante el envejecimiento de la población. *Temas para el debate*, 145, 62-64.

- Junta de Andalucía. (2002). *Primer Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2001-2004)*. Sevilla: Consejería de Gobernación.
- Junta de Andalucía. (2007). *Segundo Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2006-2009)*. Sevilla: Consejería de Gobernación.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estadísticas y Estudios. Encuesta Nacional de Salud 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006*.
- Muriel, R. y García Galán, R. (2007). En el marco del segundo plan para la Inmigración en Andalucía: área sociosanitaria. En R. García Galán. (Coord.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud* (pp. 15-17). Sevilla: Consejería de Salud.
- Navarro, V. y Benach, J. (1996). *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU).
- Observatorio de Salud de la Mujer. (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pajares, M. (2004). *Inmigrantes entre la exclusión social y la integración ciudadana*. Barcelona: Icaria.
- Regidor E. et al. (2002). *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J.L. y Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Diaz de Santos.